

Ist die Institutionalisierung und Legalisierung der Suizidbeihilfe gefährlich?

Eine kritische Analyse der Gegenargumente

Debatten über Art und Notwendigkeit einer Institutionalisierung und gesetzlichen Regulierung der Suizidbeihilfe, nach den zu erwartenden Chancen und Risiken einer allfälligen Legalisierung solcher Beihilfe für die Praxis sind in vollem Gange. Wie der Suizidakt selbst ist Suizidbeihilfe weder nach Schweizer noch Deutschem Recht strafbar. Gemäß Art 115 StGB Schweiz sind dabei allerdings selbstsüchtige Handlungsmotive seitens der assistierenden Personen, also etwa finanzielle Vorteile, auszuschließen.¹ Während in der Schweiz seit Längerem Sterbehilfeorganisationen wie EXIT oder Dignitas tätig sind, sind vergleichbaren deutschen Vereinigungen wie der DGHS (Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben) solche Aktivitäten nicht möglich, weil man in Deutschland trotz strafloser Suizidbeihilfe wegen unterlassener Hilfeleistung angeklagt werden kann. Weder in der Schweiz noch in Deutschland liegen darüber hinausgehende Spezialregelungen zur Problemstellung der Sterbehilfe oder Suizidbeihilfe vor, auch wenn Schritte zur Verlautbarung entsprechender Gesetze erwartet werden. Die Nationale Ethikkommission der Schweiz veröffentlichte im Sommer 2005 eine Stellungnahme, in der einstimmig eine staatliche Aufsicht der Sterbehilfeorganisationen gefordert wird [14].

Im November desselben Jahres trafen sich Philosophen, Juristen und Mediziner zu einer Tagung der Paulus-Akademie Zürich „Wie weiter mit der Suizidbeihilfe?“, bei welcher Heinrich Koller, Amtsdirektor aus dem Bundesamt für Justiz, Bedenken an einer solchen staatlichen Kontrolle äußerte. Denn diese würde zwangsläufig eine staatliche Anerkennung solcher Aktivitäten bedeuten, was er für „problematisch“ erachtet.² Vorliegender Beitrag hat sich zum Ziel gesetzt, die Argumente gegen eine Legalisierung der Suizidbeihilfe zu systematisieren und kritisch auf ihren Gehalt hin zu prüfen. Ich unterscheide dabei vier thematische Gruppen von Argumenten, die ich in dieser Reihenfolge diskutiere: erstens „Slippery Slope“-Argumente, zweitens das Argument vom „moralischen Druck“, drittens die Furcht vor einer „Entsolidarisierung der Gesellschaft“ und viertens vor der „Gefährdung des Arzt-Patienten-Verhältnisses“. Doch was soll genau unter „Suizidbeihilfe“ verstanden werden, und inwiefern kann sie von der „Sterbehilfe“ unterschieden werden?

Als nächstliegendes Abgrenzungskriterium zwischen Suizid- und Sterbehilfe böte sich ein unterschiedlicher Adressatenkreis an. So lässt sich Sterbehilfe laut Martin Eichhorn grundsätzlich nur bei Sterbenden leisten, d.h. bei „Personen, bei

¹ „Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft“ (Art. 115 StGB Schweiz).

² An der Tagung „Wie weiter mit der Suizidbeihilfe“ in der Paulus-Akademie Zürich am 25. 11. 2005 hielt die Verfasserin selbst einen Vortrag zu grundsätzlichen philosophischen Fragen und nahm an der Podiumsdiskussion teil.

welchen der Arzt aufgrund der klinischen Anzeichen zur Überzeugung kommt, dass die Krankheit oder die traumatische Schädigung irreversibel ist und trotz Behandlung in absehbarer Zeit zum Tode führen wird“ [23]. Wenn Sterbehilfeorganisationen aber Menschen helfen, die weder am Sterben sind noch an einer tödlichen Krankheit leiden, sprengen sie in Eichhorns Augen ihren Aufgabenbereich der *Sterbehilfe*.³ Verwirrenderweise verlangen auf der anderen Seite die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) als zentrale Bedingung ethisch legitimer *Suizidbeihilfe* gerade dies: „Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist“ ([23], 4.1). Obwohl diese Lebensend-Bedingung wiederum von verschiedenen Seiten als zu stark attackiert wird, steht außer Frage, dass Suizidbeihilfe *auch* bei sterbenden Menschen mit Suizidabsichten möglich ist. Scheidet das Einsetzen des Sterbeprozesses damit offenkundig als klares Differenzierungskriterium aus, bleibt als zweiter Kandidat der Umstand der „Tatherrschaft“ in Erwägung zu ziehen: Von Suizidbeihilfe kann nach allgemeiner Übereinkunft nämlich nur da gesprochen werden, wo die Tötung aktiv vom Sterbewilligen selbst ausgeführt wird, etwa durch das Einnehmen eines ihm bereit gestellten Natriumpentobarbitals. Wenn gleich der kausale Beitrag des Beihelfers außerordentlich weit gehen kann, bleibt der letzte entscheidende Schritt der tödlichen Handlungskette dem Suizidenten überlassen (vgl. zum Tatherrschafts-Kriterium [4], S. 19 und [14], S. 9). Demgegenüber wäre Sterbehilfe zu definieren als eine Handlung durch Drittpersonen, mit welcher auf Wunsch der sterbenden Person die Verkürzung ihres qualvollen Sterbeprozesses eingeleitet wird – sei es durch Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen (passive Sterbehilfe), sei es durch den

gezielten Einsatz lebensgefährdender schmerzstillender Medikamente (aktive Sterbehilfe). Auch wenn eine terminologische Unterscheidung von Suizidbeihilfe und Sterbehilfe für eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Problemkomplex wünschbar ist, gilt zu beachten, dass die meisten im Folgenden zu analysierenden Argumente gegen beide Arten von Hilfeleistungen geltend gemacht werden.

„Slippery-Slope“-Argumente

Zu den Standardargumenten der Gegner einer Liberalisierung der Suizidbeihilfe gehören die „Slippery-Slope-Argumente“. Argumente der schiefen Ebene oder der rutschigen Bahn, oft auch als Dammbruch-Argumente deklariert, sind praktisch-anwendungsorientierte Beweisführungen, die in konkreten problematischen Entscheidungssituationen von den Skeptikern gegenüber einer geplanten politischen Regelung zum Einsatz gebracht werden: „A slippery slope argument is a kind of argument that warns you if you take a first step, you will find yourself involved in a sticky sequence of consequences from which you will be unable to extricate yourself, and eventually you will wind up speeding faster and faster towards some disastrous outcome“ ([24], S. 1). Indem man die Aufmerksamkeit auf zu erwartende negative Folgen bestimmter Handlungsweisen lenkt, versucht man die Befürworter von der Gefährlichkeit dieses Tuns zu überzeugen und einen Meinungsumschwung zu initiieren. Dabei geht es nicht lediglich um einen Warnruf vor unliebsamen Handlungskonsequenzen, sondern man möchte mittels dieser Abschreckungsszenarien die Diskurspartner davon abbringen, auch nur den ersten Schritt zu tun. Denn sobald der erste Schritt getan sei, befinde man sich bereits auf der „schiefen Ebene“, d.h. verstrickt in eine Ereigniskette ohne Möglichkeit des Entkommens. Man versucht, die Beweislast auf die gegnerische Seite abzuwälzen, so dass die Opposition den Nachweis zu-

³ Vgl. Dr. med. Martin Eichhorn: Suizidbeihilfe (unveröffentlichtes Manuskript).

verlässiger Sicherheitsmaßnahmen gegen das Eintreffen der unliebsamen Entwicklung zu erbringen hätte. Inhaltlich betrachtet postuliert man mutmaßliche Entwicklungen in der Zukunft, die weder empirisch überprüft noch handlungstheoretisch aufgewiesen werden können. Anlässlich der Sterbehilfe- und Suizidbeihilfe-Debatte spielen entsprechend Douglas Waltons Typologie hauptsächlich das „Causal Slippery Slope Argument“ und das „Precedent Slippery Slope Argument“ eine entscheidende Rolle, die sich in der Praxis allerdings selten klar gegeneinander abgrenzen lassen.⁴ Beim „Precedent Slippery Slope Argument“ wird ein Ausnahmefall von einer Regel zugelassen, etwa Suizid oder Suizidbeihilfe unter bestimmten schwierigsten Lebensbedingungen, der dann weitere Ausnahmen nach sich zieht und gleitend zu einer Ausweitung der ursprünglich gezogenen Grenzen führt: „Following this argument, it will be difficult to draw a line between who is and who is not allowed to suicide. For example, the idea of suicide in the face of terminal illness might be expanded to chronic but not life-threatening illness; or disability might in and of itself become an acceptable reason to suicide. Then it might extend to people who are not considered competent to make decisions for themselves, so people who are profoundly mentally retarded or severely and persistently mentally ill would then be encouraged to suicide or have their death more directly assisted“ ([25], S. 36).

Das „Causal Slippery Slope Argument“, also das kausale Schiefe-Ebene-Argument, basiert auf der Dominotheorie, welche eine Kette unterschiedlicher Ereignisse postuliert, bei der jedes Glied das jeweils nächste „anstöße“ bzw. verursache. Wenn man Sterbehilfeorganisationen rechtlich die

Möglichkeit straffreier Suizidbegleitung gewähre, sei auch das Tötungsverbot und besonders das Leben von Menschen in Gefahr, die keinen klaren Sterbewunsch mehr artikulieren können:⁵ „Der Übergang von Beihilfe zum Suizid zur Tötung auf Verlangen ist fließend. Wenn aber Tötung auf Verlangen eingeführt wird, wäre es nur ein Schritt zur aktiven Sterbehilfe ohne Einwilligung“ ([4], S. 16). Bei sämtlichen kausalen Slippery-Slope-Argumenten hängt die Überzeugungskraft ab von der Möglichkeit einer empirischen Erhärtung der postulierten „natürlichen“ Verknüpfung zwischen den einzelnen Gliedern bzw. den Gründen oder historischen Gegenbeispiele, die gegen diese Vermutung vorgebracht werden können.⁶ Da es sich um Zukunftsprognosen handelt, kann man prinzipiell immer nur Gründe für die *Wahrscheinlichkeit* ihres Eintreffens bzw. Nichteintreffens anführen. Wer also das Argument in der Weise vorbringt, alle weiteren Dominosteine würden *notwendig* in einer bestimmten Weise fallen, versucht ein Argument stark zu machen, das nie mehr als eine „in sich schwache Form des Argumentierens“ ([1], S. 180) bilden kann. Entsprechend einer von Bernard Williams und James Rachels eingeführten Unterscheidung kann man für den Dominoeffekt sowohl *logische* Gründe einer begrifflichen Unschärfe oder Dehnbarkeit von Konzepten wie „Lebensqualität“, „passiver“ und „aktiver Sterbehilfe“ als auch *empirische* psychologisch-soziologische ins Feld führen (vgl. ebenso [2], S. 360). In unserem Beispiel scheint aus logischer Sicht zwar nicht nur der Übergang zwischen Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen keineswegs fließend, weil eine entscheidende Bedingung für Suizidbeihilfe eindeutig die eigene Tatherrschaft darstellt. Auch der angebliche Dammbruch von der Tötung auf Verlangen zur allgemeinen Akzeptanz der unfreiwill-

⁴ Vgl. dazu ebenso [24], S. 69–114 und S. 37–67. Er unterscheidet des Weiteren das „Sorites-Argument“, bei dem es um die Frage geht, wie viele Körner man von einem Kornhaufen entfernen darf, bis das, was übrig bleibt, kein Kornhaufen mehr ist, und die Kombination aller drei Argumente zu einem „Full Slippery Slope Argument“.

⁵ Vgl. [25], S. 176 ff. oder [29], S. 350.

⁶ Da es hierfür empirischer Untersuchungen bedarf, handelt es sich also nicht allein um ein philosophisches Problem.

Ethik Med 2007 · 19:200–214
DOI 10.1007/s00481-007-0515-5
© Springer Medizin Verlag GmbH 2007

Dagmar Fenner

Ist die Institutionalisierung und Legalisierung der Suizidbeihilfe gefährlich? Eine kritische Analyse der Gegenargumente

Zusammenfassung

Der Beitrag befasst sich mit den Chancen und Risiken einer allfälligen gesetzlichen Legalisierung der Suizidbeihilfe. Die Argumente, die gegen eine solche Legalisierung sprechen, werden zu drei thematischen Gruppen zusammengefasst und erörtert: „Slippery-Slope“-Argumente, Argumente vom „moralischen Druck“, und die Furcht vor einer „Entsolidarisierung der Gesellschaft“ sowie die „Gefährdung des Arzt-Patient-Verhältnisses“.

Diese Gegenargumente erweisen sich als nicht zwingend, sofern Kriterien und Richtlinien für eine legitime Form der Suizidbeihilfe entwickelt und staatlich kontrolliert werden könnten.

Schlüsselwörter

Medizinethik · Suizidbeihilfe ·
Dammbruch-Argument · Sterbehilfeorganisation

Is the institutionalization and legalization of assistance to suicide dangerous? A critical analysis of counterarguments

Abstract

Definition of the problem The topic of this essay is the chances and risks of a possible legalization of assistance to suicide. *Arguments* Counterarguments against this legalization are discussed and analyzed in three thematic groups: “Slippery slope” arguments, arguments of “moral pressure”, and the fear of the “loss of solidarity in society” and the “endangering of the physician-patient relationship”. *Conclusion* These counterarguments

prove to be non-cogent in the case of criteria and standards of suicide assistance in legal form being developed and controlled by the government.

Key words

medical ethics · assistance to suicide ·
slippery slope argument

ligen aktiven Euthanasie ist „offensichtlich falsch und muss als rhetorische Übertreibung gewertet werden“ ([1], S. 180).

Wenn dagegen aber geltend gemacht wird, nicht jede begrifflich klare und vernünftige Grenzziehung sei auch von ihren gesellschaftlichen Folgen her gesehen effektiv (vgl. [27], S. 278 oder [11], S. 216 ff.) verweist man weiter auf die empirisch-psychologische Seite der Entwicklung: auf die Abstumpfung der mit der Beihilfe betrauten, sich an die regelmäßig Sterbenden gewöhnenden Ärzte oder auf den Achtungsverlust der Gesellschaft vor menschlichem Leben ([29], S. 363). Heftig diskutiert wurde darüber hinaus die Entwicklung in den Niederlanden, wo man unter ganz bestimmten Umständen von einer Strafverfolgung eines Arztes nach geleisteter Suizidbeihilfe oder aktiver oder passiver Sterbehilfe (die in den Niederlanden begrifflich nicht genau voneinander unterschieden werden) absieht (vgl. dazu [5], S. 29): Anlässlich einer Untersuchung im Jahre 1990 ließ sich in 0,8% der Fälle aktiver Sterbehilfe nicht mehr nachweisen, ob tatsächlich ein expliziter Todeswunsch geäußert worden war (vgl. [9], S. 83). Während man einem Gewöhnungseffekt durch die Vermeidung einer routinemäßigen Suizidbeihilfe zugunsten einer genauen Prüfung des Einzelschicksals des suizidalen Menschen vorbeugen könnte (vgl. unten), haben die niederländischen Ärzte offensichtlich die von ihnen verlangte Sorgfaltspflicht verletzt. Denn im Grunde müssen alle Suizid- bzw. Sterbehilfefälle sorgfältig protokolliert und dem Staatsanwalt gemeldet werden. Straffrei bleiben sie nur bei einer durch zwei unabhängige Ärzte bestätigten aussichtslosen Leidenssituation und einem wiederholt geäußerten Sterbewilligen eines urteilsfähigen und über seine Situation aufgeklärten Patienten. Notwendig schien hier eine strengere staatliche Kontrolle zu sein. Zu verurteilen sind aber Unheilsprophezeiungen wie die strategisch geschürte Befürchtung der Abtreibungsgegner vor der Schweizer Abstimmung über die Fristenregelung im Herbst 2002,

die neue Gesetzgebung würde die Abtreibungszahlen in schwindelerregende Höhe emporschnellen lassen. Sie hielten die logisch-begriffliche Grenzziehung legaler Schwangerschaftsabbrüche bei der 12. Schwangerschaftswoche für argumentativ angreifbar und damit grundsätzlich anfällig für eine schrittweise Ausweitung der Legalisierung auf ein drei Monate und einen Tag, zwei Tage etc. alten Fötus.⁷ Ganz im Gegensatz zu diesen Prognosen wies eine Studie rund zwei Jahre nach der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs eine kontrollierte Einhaltung der Fristenregelung und einen deutlichen Rückgang der Abtreibungen nach (vgl. [16], S. 1125). In den Niederlanden führt die Straffreiheit von Suizidbeihilfe und Sterbehilfe ebenfalls nicht zu einer sprunghaften Zunahme dieser Aktivitäten (vgl. [5], S. 29). Die Zulassung legalisierter Suizidbeihilfe müsste daher mit staatlich kontrollierten institutionellen Rahmenbedingungen wie etwa neutralen Beratungsstellen für alle suizidwilligen Personen verknüpft sein, welche die Effektivität von rechtlichen Grenzen verbürgte.

Verfechter der Slippery-Slope-Argumente versuchen ihrer Position nicht selten Gewicht zu verleihen mittels der Parallelisierung zu den Entwicklungen hin zum Massenmord in der NS-Zeit. Man malt die unheilvolle Ereigniskette von der Zwangssterilisation über die Ermordung von geistig und körperlich Behinderten („Aktion Gnadentod“) bis hin zur systematischen Auslöschung ethnischer Minderheiten wie Sinti und Roma und schließlich der jüdischen Bevölkerung („Endlösung“) als Horrorszenarien an die Wand. Während damals aufgrund übereinstimmender historischer Forschungsergebnisse tatsächlich immer mehr Dämme gebrochen wurden (vgl. [29], S. 372 f.), ist die konkrete Vergleichsbasis zu den Entwicklungen in ge-

⁷ Nach Zimmermann läge hier ein „Sorites-Argument“ vor, das als Spezialfall des logischen Typs gelten kann (vgl. [29], S. 362), wohingegen ich sie eher der Kategorie des „Precedent-Argumentes“ rubrizieren würde.

genwärtigen europäischen Gesellschaften weit weniger evident. So wurde die unfreiwillige „Euthanasie“ der Nazis – im Gegensatz zur rassenhygienisch begründeten Zwangssterilisation – fern jeder öffentlichen Diskussion und ohne jegliche gesetzliche Legitimation durchgeführt, und die Dominosteine konnten überhaupt nur unter dieser Voraussetzung von Zensur und Unterdrückung der Meinungsfreiheit fallen. Zudem dürfte die von Beginn an ökonomische Motivation der Faschisten schwerlich mit dem Anliegen der Vorkämpfer für ein „menschwürdiges Sterben“ vergleichbar sein (vgl. [25], S. 36 f.). Allenfalls zeichnen sich gewisse Parallelen zwischen den streitbaren heutigen Diskursen von Peter Singer oder Helga Kuhse zu den theoretischen Schriften von Adolf Jost und Ernst Haeckel um die Jahrhundertwende ab, also dem Anfangsstadium der Euthanasiediskussion im gehobenen Expertenkreis. Aber auch diesbezüglich wäre in Anbetracht des opportunistischen Umgangs der nationalsozialistischen Propaganda mit beliebigen theoretischen Konzepten die These inkorrekt, die besagten Schriften zur Euthanasie hätten die Euthanasie-Programme der Nazis notwendig verursacht oder begünstigt. Denn sie stellten nur einen Faktor unter vielen dar (vgl. [27], S. 277). Wer die so genannte Nazi-Analogie bemüht, müsste also in jedem Fall den gesamten soziologischen, gesellschaftspolitischen und rechtlichen Kontext in Rechnung stellen, etwa die sozialdarwinistische und rassistische Ideologie der Faschisten, die eine wesentliche Bedingung fraglicher Ausweitungstendenz darstellte (vgl. [29], S. 365–385). Wo sich eine präzise Analyse der damaligen Ereignisse vermissen lässt, zeugt die globale Nazi-Analogie oft von vorschnellen Parallelisierungen und irreführenden Kurzschlüssen, die nur noch von rhetorischem Wert sind (vgl. [2], 171). Indem man auf die reale Gefahr oder gar die Notwendigkeit der Ereigniskette insistiert, missbraucht man das Dammbruchargument als Totschlagargument: „The use of such strong language is really

therefore best interpreted as an inappropriate tactic to try to shut off the flow of questioning in the discussion on euthanasia. It is a tactic to try to prevent any speaker for the pro-euthanasia side of the argument from asking further appropriate critical questions about the issue“ ([24], S. 164). Ein derartiger Gesprächsbeitrag mit dem strategischen Ziel eines einseitigen Diskussionsabbruchs stellt zweifelsohne eine gravierende Verletzung der Regeln eines rationalen praktischen Diskurses dar. Statt die Diskussion über die effektiven Verhinderungsmöglichkeiten eines Dominoeffektes zu fördern, nährt man die Tabu-Mentalität, die es im Bereich Suizid und Sterbehilfe dringend zu überwinden gälte. Um unerwünschten inhumanen Entartungen einer Ereigniskette einen Riegel vorzuschieben, wäre gerade eine demokratische Verarbeitung der faschistischen Vergangenheit vonnöten, um die gesamte Bevölkerung zu sensibilisieren gegenüber ähnlichen Missbrauchgefahren.

Das Argument vom „moralischen Druck“

Neben den beliebten Slippery-Slope-Argumenten bedienen sich die Gegner einer institutionalisierten und legalisierten Suizidbeihilfe des Arguments des „moralischen Drucks“ ([2], S. 142), der auf bestimmte Menschengruppen zunehmen und diese nachgerade in den Tod treiben solle. Die Ursachen eines solchen „Drucks“ werden entweder im öffentlichen Raum oder im persönlichen Umfeld von verwundbaren Menschen lokalisiert. Im privaten Rahmen könnten angeblich „chronisch Kranke oder Sterbende von ihren Familien dazu gedrängt werden, sich töten zu lassen, um auf diese Weise den Angehörigen finanzielle oder emotionale Belastungen zu ersparen“ ([29], S. 250). Ganz grundsätzlich ist es aus sozialem ethischer Perspektive jedoch durchaus geboten, dass suizidwillige Personen die negativen Konsequenzen ihrer Selbsttötung auf ihr näheres soziales Umfeld wie etwa Schuldgefühle, Trauer

oder finanzielle Not der Hinterbliebenen in Rechnung stellen. Noch viel mehr dürfte man dann aber von jemandem im Falle einer unheilbaren und höchst pflegeintensiven Krankheit erwarten, dass er die emotionale Belastung, zeitliche Inanspruchnahme und finanziellen Lasten seiner Existenz für die Angehörigen und Freunde wahrnimmt. Denn nicht nur für die negativen sozialen Folgen des Ausdem-Leben-Scheidens sind wir verantwortlich, sondern selbstverständlich auch für diejenigen des Weiterlebens. Der Beweggrund, nicht länger „zur Last fallen zu wollen“, ist verständlich und nachvollziehbar (vgl. [2], S. 143). Wer sich also unter den genannten Umständen das Leben nimmt oder Suizidbeihilfe in Anspruch nimmt, scheint prima facie einen „altruistischen Suizid“ aus ethisch höchst anerkennungswürdigen Motiven zu vollziehen. Indem wohl bei jedem Suizidentscheid gleichzeitig immer auch selbstbezogene Wünsche nach einer Beendigung der individuellen (physischen) Schmerzen und der sich irreversibel verengenden Lebenssituation eine Rolle spielen, dürften rein altruistische Suizidhandlungen allerdings selten anzutreffen sein. Grundlegende Zweifel an solchen rundweg löblichen altruistischen Handlungsweisen und der Verdacht auf fraglichen „moralischen Druck“ von außen werden jedoch wach, sobald man die interne Perspektive mit der externen vertauscht: Man meint dann zu erkennen, dass die moralischen Schuldgefühle und die daraus hervorgehenden Suizidwünsche gar nicht aus vernünftiger Einsicht der Betroffenen in einen irreversiblen Entwicklungsprozess mit negativen sozialen Auswirkungen hervorgehen, sondern ihnen vielmehr von außen aufoktroiert werden. Es läge folglich kein freiwilliger, autonomer Suizidentscheid vor, sondern eine „heteronome Präferenz“ (vgl. [27], S. 278). Aus diesem Blickwinkel unterstellt man eine höchst verabscheuungswürdige „Erpressung“ von außen, welche jede innere Entscheidungsfreiheit vernichte: „Personen, welche schwer lei-

den und durch ihr Leiden andere beanspruchen und stören, werden nach einer Abschwächung der Strafbarkeit von Tötung auf Verlangen durch ihre Umgebung erpressbar. Selber können sie, von Schuldgefühlen gegen ihre Angehörigen oder gegen die Allgemeinheit getrieben, aktive Sterbehilfe verlangen, ohne dass im Mindesten ein freier Entscheid vorliegen würde“ ([8], S. 47).

Doch was heißt hier „Erpressung“, und inwiefern verdient der entsprechende „Druck“ das Attribut „moralisch“? Ist eine klare Unterscheidung der akzeptablen und inakzeptablen sozialen Einflüsse überhaupt möglich?

Während bei einer gewöhnlichen „Erpressung“ in der Regel klar artikuliert wird, welches Verhalten man von den Erpressten mittels Gewaltanwendung erzwingen will, bleibt die wahre Absicht hier unausgesprochen. Auf der Ebene des Handelns könnten die Angehörigen oder pflegenden Personen mit dem Entzug von Zuwendung und Pflege drohen und die Zahl der Krankenbesuche reduzieren. Als „erpresserisch“ zu taxieren wären auch sämtliche psychologischen Manipulationsversuche zur Unterhöhlung des verbleibenden Lebenswillens wie etwa die pausenlose Klage über die untragbare Bürde, zu der die kranke Person geworden sei, oder der hartnäckig in die Gespräche eingeflochtene (versteckte) Hinweis auf die valable Möglichkeit eines assistierten Suizids. Als „moralisch“ wäre der mit solchen Handlungs- oder Redeweisen ausgeübte Druck auf Mitmenschen insofern zu deklarieren, als er wie moralische Normen mit sozialen Sanktionen von Verachtung, Tadel oder Ausgrenzung verknüpft ist und man an das Gewissen der zu Erpressenden appelliert, den Interessen aller involvierten Personen gebührend Rechnung zu tragen. Gleichwohl ist das Vorgehen natürlich höchst unmoralisch, weil anstelle einer sorgfältigen gemeinsamen Güterabwägung bezüglich der verbleibenden Lebensqualität und -freude der Kranken und der tatsächlichen Übel seitens der Angehörigen

mit strategischen Mitteln dem egoistischen Ziel der Lebensbeendigung der Kranken entgegengearbeitet wird. Einerseits darf man zwar die Augen nicht verschließen vor erheblichen psychischen oder praktischen Problemen von Angehörigen aufgrund der Tatsache, dass viele ältere Schwerkranke oder Chronischkranke aus Kostengründen möglichst rasch wieder aus dem Spital in den Privathaushalt zurückverlegt werden. Angesichts einer ohnehin in vielerlei Hinsicht überlasteten allein erziehenden Mutter mehrerer Kinder macht der nostalgische Blick zurück zu Familienstrukturen, in denen die gebrechlichen Großeltern bis zu ihrem „natürlichen“ Tod einen wichtigen Platz in der Großfamilie einnahmen, wenig Sinn. Andererseits bleibt es aber definitiv verwerflich, aus fragwürdigen egoistischen Beweggründen wie beispielsweise der „Aufstockung“ eines ohnehin üppigen Vermögens durch Großmutter's Erbschaft deren allfälligen Lebenswillen gezielt zu brechen. Wünschenswert wäre in diesem privaten Rahmen eine kontinuierliche, ehrliche und offene Diskussion über die Lage aller Betroffenen und die gemeinsame Suche nach allgemein akzeptablen Problemlösungen und Alternativen zum Suizid. Bevor man vorschnell Suizidbeihilfe leistet, müssten jedenfalls auch die eigenen Interessen der Betroffenen ans Licht gebracht und denjenigen der Angehörigen entgegengesetzt werden.

Da kranke oder alte Menschen heute zu meist in Kliniken, Alters- oder Pflegeheimen behandelt und umsorgt werden, ist der „moralische Druck“ darüber hinaus auch im öffentlichen Bereich ein heißes Eisen. Er kann gleichfalls entweder mittels destruktiver Handlungsweisen oder durch mentale Depravierung von behindertem, krankem oder altem Leben aufkommen, wobei die Wertminderung als Grund für schlechte Behandlung fungiert. Konzentrieren wir uns zunächst auf den Druck durch despektierliches *Verhalten* qua moralischer Ausgrenzung, lautet der Tenor der Suizidbeihilfegegner: „Behinderung, Krankheit und Alter werden oft erst durch

die gesellschaftlichen Lebensumstände unerträglich“ ([22], S. 12). Konkret hat man die „Personal misere“ in Pflegeheimen mit dem damit verbundenen „Pflegetotstand“ im Auge, der dazu führe, dass die Zeit für Gespräche fehle und die Patienten und Patientinnen stattdessen mit Medikamenten ruhig gestellt würden: „Je schlechter die Versorgung der älteren Bevölkerung eines Landes, desto eher werden Suizid und aktive direkte Sterbehilfe eine Lösung bieten“ ([8], S. 56). Insbesondere wird postuliert, „die Sterbewünsche Schwerstkranker seien das Resultat unzureichender Palliativbehandlung vor allem mit Schmerzmitteln oder aber die Folge mangelhafter psychosozialer Betreuung – oder beides“ ([21], S. 106). Da die große Zahl der alten und chronischkranken Menschen in Kranken- oder Pflegeheimen auf Versicherungsleistungen der öffentlichen Hand angewiesen ist, scheint sich hier ein „ökonomisch interessanter Einsatzbereich“ ([8], S. 56) zu bieten, dem mit der Zulassung von Sterbehilfeorganisationen in Heimen und Spitälern Tür und Tor geöffnet wird. Reiche Nationen wie die Schweiz, so monieren die Gegner einer Legalisierung der Sterbehilfe, dürften hierbei niemals um ökonomisch-materieller Vorteile willen eine Vorreiterrolle übernehmen (vgl. ebd., S. 56 f.). Man gesteht solchen utilitaristischen Nutzenüberlegungen allenfalls mit Blick auf ärmere Länder oder unter extremen Bedingungen lebende Völker eine gewisse (moralische) Berechtigung zu: Wo die Ressourcen an Nahrungsmitteln und Kräften derart knapp sind wie etwa bei den Eskimos, scheint die Praxis institutionalisierter altruistischer Alterssuizide legitim, um das Überleben der Gemeinschaft nicht noch zusätzlich zu erschweren oder gar zu gefährden. Leider kommt es aber auch in reichen westlichen Ländern wie Deutschland oder der Schweiz vermehrt zu finanziellen und infrastrukturellen Engpässen aufgrund explodierender Gesundheitskosten, so dass nicht mehr jeder medizintechnisch mögliche Eingriff auch vorgenommen werden kann (vgl. [19], S. 256). An die

Stelle bloß quantitativer *Lebensverlängerung* treten Kriterien wie die begründete Hoffnung auf Verbesserung der *Lebensqualität* der Betroffenen ohne exzessive Kosten, Schmerzen oder andere gravierende Nebenwirkungen. Selbst unter verschärften Bedingungen angemessener Therapiemethoden steht jedoch auch für Befürworter der legalisierten Sterbehilfe außer Frage, „dass bestmögliche Palliativmedizin und menschliche Zuwendung vor und wenn irgend möglich statt tödlicher Hilfe erfolgen soll“ ([21], S. 106). Hingegen beruht die verbreitete Ansicht wohl auf einem Missverständnis, dank einer Aufrüstung der Palliativmedizin und optimaler Betreuungsverhältnisse ließen sich alle Todeswünsche eliminieren. Abgesehen davon, dass sich niemals alle Schmerzen anästhesieren lassen werden bzw. nur auf Kosten des Bewusstseins und der Kommunikationsfähigkeit, können die Einbußen an Lebensqualität, die positiven Handlungs- und Erlebnismöglichkeiten beim Zusammensein mit Freunden oder bei beruflichen Aktivitäten auf diese Weisen kaum wettgemacht werden.

Wenden wir uns nach dieser knappen Analyse möglicher *Handlungsweisen* im Rahmen einer „öffentlichen Erpressung“ benachteiligter Bevölkerungsgruppen der Ebene *geistiger Werte* zu, lautet das Argument hier wie folgt: „Die Gesellschaft diktiert, was menschenwürdig bzw. menschenunwürdig ist. Sie stellt dafür eine Katalogisierung auf; und sind auf dieser Katalogskala genügend negative Punkte erreicht, so wird es zur gesellschaftlichen Verpflichtung, daraus die Konsequenzen zu ziehen und sich von diesem Elend ‚human‘, durch verlangte Euthanasie, zu befreien“ ([6], S. 247). Erst die nichtbehinderte Mehrheit, so heißt es, löse bei behinderten Menschen durch Abwertung behinderten Lebens Depressionen und Todeswünsche aus, welche dann paradoxerweise als „Bestätigung der ‚Euthanasie‘-Mentalität“ fungierten ([13], S. 93). Insbesondere geschwächte Todkranke oder Menschen mit psychischen Störungen

scheinen äußerst sensibel auf eine Atmosphäre gesellschaftlicher Diskriminierung und anfällig für das Ziehen tödlicher Konsequenzen zu sein. Es könnte sich unter dem Diktat objektiver, allgemein verbindlicher Kriterien leicht ergeben, dass „der Tötungswunsch der Gesellschaft stärker wird als der Todeswunsch der Individuen“ ([12], S. 170). Obgleich es, wie bereits betont, unabdingbar ist, die Genese von Suizidwünschen mitzuberücksichtigen und auf mögliche heteronome Einflüsse acht zu geben, besteht die prinzipielle Schwierigkeit doch darin: Unsere persönlichen Ideale, Wertpräferenzen und Qualitätsurteile über das eigene Leben entwickeln wir immer in Interaktion mit Außenbewertungen, oder diese werden im Laufe der Primärsozialisation internalisiert. Eine eindeutige Trennung der autonomen internen Selbsteinschätzungen und der heteronomen Präferenzen als Resultat von Milieu und Erwartungsdruck von außen lässt sich daher kaum ziehen. So fühlen sich vollschlanke Personen durchaus frei, im Fitnessstudio ihre Pfunde abzustrampeln, obwohl sie ohne das soziokulturelle Ideal von Schlankheit und eines durchtrainierten Körpers wohl kaum darauf verfallen wären. Voraussetzung selbstbestimmten Handelns ist prinzipiell die freiwillige, bewusste, auf Einsicht in die positiven Auswirkungen solcher Ideale basierende Akzeptanz derselben (besonders am Ende der Adoleszenzkrise). Zeichnet sich bei systematisierten gemeinsamen Erfahrungen etwa im Zuge der Radikalisierung solcher Ideale ein negatives Bild ab wie ein rapide steigender Prozentsatz magersüchtiger junger Frauen, müsste das Schlankkeitsideal in öffentlicher Aufklärungsarbeit dem Wert der Gesundheit untergeordnet werden. Eine Stigmatisierung oder Diskriminierung von Menschen, die gesellschaftlichen Idealen wie Gesundheit oder Leistungsfähigkeit infolge angeborener oder krankheitsbedingter unverdienter Nachteile nicht (mehr) genügen können, ist sowohl unangebracht als auch moralisch verwerflich. Denn wer alt oder krank wird,

hat dies in der Regel nicht selbst zu verschulden, weshalb anstelle einer Ausgrenzung eine solidarische Haltung der Fürsorge mit dem Ziel eines Ausgleichs der ungleichen Güterverteilung angebracht wäre. Die keineswegs intrinsisch schlechten, sondern sogar unvermeidbaren intersubjektiven Vorstellungen von „Lebensqualität“ oder „Menschenwürde“ mögen nichtsdestotrotz einen gewissen Druck auf diesbezüglich benachteiligte Menschen ausüben, wenn die fürsorgerischen Verbesserungsbemühungen auch langfristig erfolglos bleiben. Sofern nicht aufgrund unangebrachter ökonomischer Kalkulationen oder mittels der oben geschilderten erpresserischen Manipulationsversuche auf die Individuen eingewirkt wird, sondern kraft einer offenen und dynamischen, auf Einsicht zielenden Diskussion und eines Austausches von Erfahrungen auch der betroffenen Minderheiten, läge primär ein „Zwang des besseren Arguments“ vor. Wenn sich jetzt mehr Menschen das Leben nehmen wollen, ließe sich dies weniger als Resultat eines verabscheuungswürdigen und entmündigenden „moralischen Drucks“ der soziokulturellen Wertgemeinschaft deuten, als vielmehr mit Jean-Claude Wolf als Befreiung von heteronomen traditionellen Idealen von der „Heiligkeit des Lebens“ einer christlichen Sozialisation (vgl. [27], S. 282).

„Entsolidarisierung der Gesellschaft“

Infolge einer erleichterten und allgemein anerkannten institutionalisierten Suizidbeihilfe könnte es zu einer „Dehumanisierung und Entsolidarisierung der Gesellschaft“ kommen (vgl. [8], S. 57 und [22], S. 14), lauten weitere zu prüfende Bedenken, die bei der Diskussion des „moralischen Drucks“ bereits anklagen. Man behauptet, „dass sowohl die Individuen als auch der Staat und die Humanität im ganzen geschädigt werden“, wobei sich die Wirkung auf die Individuen als „Entmutigung, als Tendenz zur Leidensunfähigkeit und als Schwächung des Durchhalte-

vermögens“ umschreiben lässt (vgl. [26], S. 222). Aus individueller Perspektive ist es zwar unbestreitbar, dass man nach der Legalisierung der Suizidbeihilfe nicht länger bereit ist, jedes Leid oder jede Behinderung als gottgegebenes Schicksal zu akzeptieren und bis zum „natürlichen“ Tod auszuharren. Dass man sich die Option „assistierter Suizid“ in Krisensituationen vor Augen führen kann, dürfte aber den Willen und das Engagement für ein selbstbestimmtes und glückliches Leben keineswegs schmälern, sondern eher stärken. Wie es Nietzsche nämlich trefflich in einem Aphorismus festhielt, kann der Gedanke, anlässlich erdrückender unglückbringender Außenweltereignisse immer noch die Ausflucht in den frei gewählten Tod offen zu haben und somit die Kontrolle über die Lage nie ganz zu verlieren, gerade vor Verzweiflung und Kurzschlussreaktionen schützen: „Der Gedanke an den Selbstmord ist ein starkes Trostmittel: mit ihm kommt man gut über manche böse Nacht hinweg“ ([15], S. 100). Da der Suizidwunsch bei schwerwiegenden, akut traumatisierenden Verlustsituationen kein ausreichendes Trostmittel mehr sein dürfte, schiene es wichtig, dass die Abgabe des Natriumpentobarbitals an eine umfassende Beratung und eingehende Prüfung des Suizidwunsches gekoppelt wäre. Wo die Gegner der Suizidbeihilfe den Finger darauf legen, die individuelle Toleranzgrenze für Leid und Unannehmlichkeiten würde angesichts dieser tödlichen Alternative ständig sinken, bedient man sich eines schwachen prognostischen Slippery-Slope-Argumentes. Einem solchen Dammbruch könnte man offenkundig dadurch einen Riegel vorschieben, dass man Suizidbeihilfe nur bei ausweglosen und hoffnungslosen Lebenssituationen und rationalen und ethisch legitimen Suizidwünschen leistete. Denn nur wenn die Legalisierung ohne kriterielle Einschränkungen erfolgte und der Suizid von den Sterbehilfeanbietern gleichsam als saubere Lösung für sämtliche krisenhaften Lebenslagen propagiert würde, müsste ne-

ben einer individuellen Demotivierung auch eine gesellschaftliche Entsolidarisierung befürchtet werden. Nicht die Tatsache der Legalisierung der Sterbehilfe führt notwendig zu einer Reduktion von Solidarität und Verantwortung, sondern nur bestimmte Legitimationsmotive wie rassenhygienische Ideologien oder ökonomistisch-utilitaristische Bilanzsummenrechnungen, welche wir beim zweiten Argument einer Kritik unterzogen. Aber auch wenn man mit der Nationalen Ethikkommission der Schweiz „die Fürsorgepflicht hoch wertet und einräumt, dass Menschen gegenseitig eine Verantwortung haben, die Lebensbedingungen so zu gestalten, dass ein Suizidwunsch nicht entsteht (oder wieder verschwindet), sind dennoch Situationen nicht auszuschließen, in denen Menschen nach frei gefälligem, wohlwogenem Entschluss aus dem Leben scheiden möchten und für die Ausführung des Suizids auf die Hilfe von anderen angewiesen sind“ ([14], S. 47). Wo alle menschlichen Versuche, Schmerz und Leid der Suizidwilligen ohne allzu starke Nebenwirkungen zu lindern und ihre Lebensbedingungen nachhaltig zu verbessern, nicht zu einem Verschwinden des Suizidwunsches führen, könnte Beihilfe zum Suizid ein letzter humaner solidarischer Akt sein.

„Gefährdung des Arzt-Patient-Verhältnisses“

Gegenstand heftiger Debatten ist auch die weitergehende Frage, wer Sterbehilfe leisten darf und mit welchen Folgelasten, wobei das „medizinisch assistierte Sterben“ im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Denn eine ärztliche Suizidbeihilfe provoziert in den Augen der Kritiker nicht nur einen Widerspruch zu legitimen ärztlichen Zielsetzungen bzw. zum ärztlichen „Ethos“ generell, sondern untergrabe auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Ärzte werden jedoch immer schon und immer öfter involviert in die Sterbehilfepraxis, weil zum einen das

tödliche Natriumpentobarbital nur mit ärztlicher Verordnung in der Apotheke erhältlich ist und zum anderen Suizidwünsche vermehrt in einem Pflegemilieu (Spital) oder einem medizinisch betreuten Lebensmilieu (Alters- oder Krankenheim) auftauchen (vgl. [14], S. 49). Traditionellerweise ist unter Ärzten eine generelle Negativbewertung des Suizids zu verzeichnen, welche gerne mit Berufung auf den „Hippokratischen Imperativ“ untermauert wird, dem Patienten niemals ein tödliches Gift zu verabreichen.⁸ So heißt es in der Präambel zu den deutschen „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ von 1998 lapidar: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist unärztlich“, und in der schweizerischen Sterbehilfe-Richtlinie der SAMW (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften) von 1995: „Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit. Der Arzt bemüht sich, die körperlichen und seelischen Leiden, die den Patienten zu Suizidabsichten führen können, zu lindern und zu ihrer Heilung beizutragen.“ Doch was heißt hier „unärztlich“?

Während das Hippokratische „Telos“, das „Heil des Patienten“, ungeachtet der tragenden Elemente des heutigen Arzt-Patient-Verhältnisses wie Verantwortung seitens des Arztes und Selbstbestimmung auf Seiten des Patienten lange Zeit paternalistisch vom Arzt allein verfügt wurde, sind heute alle Ziele der Medizin „unter dem Aspekt der gemeinsam zwischen Patient und Arzt definierten Lebensqualität und Lebenssituation des betroffenen Patienten“ zu bestimmen.⁹ Zu diesen Zielen zählen: erstens Prävention und Erhaltung der Ge-

⁸ Im „Eid des Hippokrates“ heißt es: „Und ich werde die Grundsätze der Lebensweise nach bestem Wissen und Können zum Heil der Kranken anwenden, dagegen nie zu ihrem Verderben und Schaden. Ich werde auch niemandem eine Arznei geben, die den Tod herbeiführt, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, auch nie einen Rat in dieser Richtung erteilen“ (zitiert nach: [18] S. 351).

⁹ Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Bericht einer Expertengruppe der SAMW, der FAMH sowie der fünf medizinischen Fakultäten, S. 31.

sundheit, zweitens Erleichterung von Schmerz und Leid, drittens Heilung bzw. Pflege von Unheilbaren und viertens Vermeidung eines vorzeitigen Todes und Sorge für einen würdigen Tod.¹⁰ Im Kontrast zur erstarkenden Forderung, infolge der zunehmenden Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit der Sterbebegleitung die Sterbeassistenz als ultima ratio unter die vierte ärztliche Kernkompetenz aufzunehmen (vgl. [21], S. 114), schiene mir eine strikte Trennung von Personen oder Institutionen, die für Prävention, Therapie und Pflege zuständig sind, vom Personal der Sterbehilfeorganisationen wünschenswert (vgl. auch [4], S. 18). Ein solches Modell der Suizidbeihilfe wurde in der Schweiz von uneigennütigen Laienorganisationen bereits in die Realität umgesetzt. Auf diese Weise könnte man einer tiefen Erschütterung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient vorbeugen, welche angeblich in den Niederlanden dazu führe, dass „die alten Menschen im Land anfangen, die Ärzte als ihre Feinde zu betrachten“ ([10], S. 263). Obgleich man dagegen mit Recht kontert, solche Ängste und Vertrauensverluste seitens der Patienten wären nur rational, sofern unfreiwillige ärztliche Sterbehilfe geleistet würde (vgl. [26], S. 223), scheint mir möglicherweise die ärztliche Grundausrichtung auf das Leben, die Gesundheit und die Verbesserung der Lebensqualität durch eine radikale Änderung des Therapieziels in Frage gestellt, wenn Sterbehilfe zur Routine wird. Besonders bei Menschen mit psychischen Störungen muss der Therapeut bisweilen kontrafaktisch Optimismus verbreiten, wo die Depression bereits jede Hoffnung vertilgt hat, um neue lebensorientierte Handlungsoptionen sichtbar und resignativen Rückzugstendenzen zum Trotz zu ihrer Realisierung motivieren zu können (vgl. [7], S. 16). Zudem kann die eingehende, umfassende Prüfung der komplexen biopsychosozialen Lebenssituation des Suizidwili-

gen und der von ihm vorgebrachten Gründe höchstens im Falle terminal Kranker durch fachärztliche Gutachtertätigkeit abgedeckt werden und ist daher durch „neutrale“ multiprofessionelle Beratertätigkeit zu ergänzen.¹¹

Fazit

Fassen wir zusammen: Betreffs der im Kontext der Suizid- oder Sterbehilfe gern ins Feld geführten Slippery-Slope-Argumente oder Dammbbruch-Argumente besteht die Hauptschwierigkeit darin, dass dem Postulat einer bestimmten unheilbringenden Ereigniskette immer nur Wahrscheinlichkeit zukommt. Es handelt sich daher lediglich um eine schwache Form des Argumentierens, weil weder das Fallen der Dominosteine noch die Möglichkeit der Verhinderung eines solchen durch ganz gezielte Gegenmaßnahmen mit Sicherheit prognostiziert werden können. Da hierfür empirische Untersuchungen erforderlich sind, wird der Rahmen logisch-begrifflicher Argumentation dabei gesprengt. In meinem Beitrag zur medizinischen Ethik ging es aber explizit nicht um die Auswertung empirischer Daten, sondern um eine philosophische Analyse der Argumente. Während begrifflich klare Grenzziehungen aufgrund nur schwer steuerbarer soziokultureller Einstellungs- oder Wertwandel tatsächlich nicht immer praktisch effektive Folgen haben müssen, ist doch jede unseriöse Unheilsprophetie abzulehnen. Insbesondere die so genannte Nazi-Analogie zeugt allzu oft von vorschnellen Parallelisierungen und irreführenden Kurzschlüssen, wo eine präzise Analyse der jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen fehlt. Beim Argument des „moralischen Drucks“ zum zweiten entpuppte sich als interpretatorische Crux,

¹¹ Unter anerkannte ärztliche „Sterbebegleitung“ oder „Hilfe beim Sterben“ fiel demgegenüber der Verzicht auf das bloße Hinausschieben eines unmittelbaren Todes mit fortschreitendem Versagen aller wichtiger Lebensfunktionen, weil hier ärztliches Handeln kontraindiziert wäre (vgl. [20], S. 562 und S. 572f.).

¹⁰ Gemäß der Expertengruppe vom „Hastings“-Report, zitiert nach ebd., S. 30.

dass sich die Qualitätsurteile über das eigene Leben immer in Interaktion mit Außenbewertungen entwickeln, so dass persönliche und gesellschaftliche Ideale lebenswerten Lebens nicht bezugslos nebeneinander stehen. Mit der Legalisierung der Suizidbeihilfe müsste gleichzeitig eine offene, dynamische Diskussion über die Vorstellungen von „Lebensqualität“ lanciert werden, in der die Erfahrungen benachteiligter Bevölkerungsgruppen wie Alte oder Behinderte besondere Berücksichtigung zu finden hätten. Eine Befürwortung der Legalisierung der Suizidbeihilfe stellt entgegen falscher Unterstellungen keinen Widerspruch dar zu allen angemessenen fürsorglichen Bestrebungen, Suizidwünsche gar nicht aufkommen zu lassen. Zu solchen Bemühungen zählen unbestritten bestmögliche Palliativmedizin und menschliche Zuwendung für pflegebedürftige Kranke. Ethisch verwerflich wäre zweifellos eine Reduktion der Problematik auf rein ökonomische Überlegungen von potentiellen Erben oder eines Staates mit explodierenden Gesundheitskosten. Vielmehr soll die gemeinsame Diskussion über menschliche Lebensqualität und ihrer Verbesserungsmöglichkeiten im Vordergrund stehen. Wenn Suizidbeihilfe aber nur geleistet wird, wo es trotz aller fürsorglichen Anstrengungen nicht gelingt, die Lebensbedingungen der Betroffenen nachhaltig zu verbessern, fällt auch das dritte Gegenargument der „Entsolidarisierung der Gesellschaft“ in die Leere. Einer befürchteten Erschütterung des vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses schließlich ließe sich viertens vorbeugen mittels einer strikten Trennung von Personen oder Institutionen, die für lebensorientierte Therapie zuständig sind, von denjenigen der Sterbehilfeorganisationen.

Während die Argumente gegen eine Institutionalisierung der Suizidbeihilfe also keineswegs absolut zwingend sind, sondern sich dank bestimmter praktischer Regelungen mit hoher Wahrscheinlichkeit vermeiden ließen, scheint mir eine Art „Qualitätssicherung“ im Bereich der Suizidbeihilfe erforderlich zu sein (vgl. [17], S. 9).

Um Privatpersonen oder Sterbehilfeorganisationen nicht weiter im Untergrund wirken zu lassen, müssten Kriterien und Richtlinien für eine ethisch legitime Form der Suizidbeihilfe gesetzlich verankert werden. Sterbehilfeorganisationen wären einer staatlichen Aufsicht zu unterstellen und könnten eine staatliche Bewilligung nur erhalten, wenn minimale Standards wie Transparenz von Strukturen und Finanzen sowie Aus- und Weiterbildung der beratenden Personen und der Sterbebegleiter erfüllt wären. Statt in diesem sensiblen Bereich die Willkür von Organisationen, Ärzten und Privatpersonen walten zu lassen, wären über eine Verfahrenskontrolle hinaus in einer demokratischen Debatte notwendige Kriterien für eine legitime Suizidbeihilfe zu entwickeln. Die Nationale Ethikkommission (NEK) listet u. a. folgende Kriterien auf: Urteilsfähigkeit, Leiden, Diagnose einer tödlichen oder schwer beeinträchtigenden Krankheit, ausreichende Frist zwischen Ersuchen und Akt, Einholung einer Zweitmeinung, Volljährigkeit ([14], S. 51–58). Um immer mehr Menschen von monologischen Suiziden mit oft unzulänglichen Mitteln und hohen Risiken der Eigen- und Fremdgefährdung abzuhalten, scheint mir die Institutionalisierung und Legalisierung assistierter Suizide ein dringendes Gebot menschlicher Fürsorge zu sein. Da die risiko- und schmerzfreien Suizidmethoden unter Anleitung der Sterbehelfer nur dann zur Anwendung kommen sollen, wenn rationale Gründe für die Beendigung des eigenen Lebens vorliegen, plädiere ich für neutrale Beratungsstellen, die den Sterbehilfeorganisationen gleichsam „vorgelagert“ wären (vgl. zu diesem Modell [16], 1131 f.). Wenn gleich die Schweizer Sterbehilfeorganisationen wie EXIT oder Dignitas die suizidwilligen Menschen nach eigenen Aussagen ausführlich beraten und laut Vize-Präsident von EXIT, Werner Kriesi, nur rund ein Drittel daraufhin tatsächlich in den Tod begleitet wird, sehe ich solche beraterrische Neutralität doch durch die Tatsache

in Frage gestellt, dass letztlich Sterbehilfe und nicht Beratung und Abklärung „angeboten“ wird. Es würden in dieser lebensorientierten Beratung die Ernsthaftigkeit und Wohlerwogenheit der Suizidwünsche gemeinsam analysiert und alle möglichen Handlungsalternativen in der jeweiligen Lebenssituation besprochen. Nur wo sich die Probleme, Beeinträchtigungen oder Schmerzen nicht beseitigen lassen, dürfte die betroffene Person an Sterbehilfeorganisationen weitergeleitet werden. Auf diese Weise könnten überstürzte, aus momentaner Verzweiflung oder depressiver Stimmung vollzogene Suizide verhindert werden. Eine Institutionalisierung und Legalisierung der Suizidbeihilfe birgt in meinen Augen also keine unvermeidbaren Gefahren, sondern verspricht gewichtige Vorteile hinsichtlich einer Humanisierung der gegenwärtigen Suizidpraxis mit hochriskanten monologischen und ungeregelten assistierten Suiziden.

Adresse

Priv.-Doz. Dr. Dagmar Fenner

Philosophisches Seminar der Universität Basel
Nadelberg 6–8
4051 Basel, Schweiz
E-Mail: dagmarfenner@hotmail.com

Literatur

- Ach JS, Gaidt A (1994) Am Rande des Abgrunds? Anmerkungen zu einem Argument gegen die moderne Euthanasie-Debatte. *Ethik Med* 6:172–188
- Ankermann E (2004) Sterben zulassen. Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens, Ernst Reinhardt, München
- Bächler J (1975) Tod durch eigene Hand. Ullstein, Frankfurt, Berlin
- Bosshard G, Kiesewetter M, Rippe K, Schwarzenegger Ch (2004) Suizidbeihilfe bei Menschen mit psychischen Störungen. Unter besonderer Berücksichtigung der Urteilsfähigkeit. Expertenbericht zu Händen von EXIT – Deutsche Schweiz, Zürich
- Cavalli F (2001) Ein Plädoyer für die Straffreiheit der Tötung auf Verlangen. In: Schwank A, Spöndlin R (Hrsg) Vom Recht zu sterben zur Pflicht zu sterben? Beiträge zur Euthanasiedebatte in der Schweiz, edition 8, Zürich, S 28–34
- Chappuis C (2000) Geriatrie und Sterbehilfe – Assistenz zum Tode?. In: Holderegger A (Hrsg) Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, 2. erw. Auflage, Universitäts-Verlag, Freiburg i. Ue., S 242–257
- Dormann W (1991) Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten, 4. korr. Auflage, Pfeiffer, Stuttgart
- Ernst C (2001) Nein zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. In: Schwank A, Spöndlin R (Hrsg) Vom Recht zu sterben zur Pflicht zu sterben? Beiträge zur Euthanasiedebatte in der Schweiz, edition 8, Zürich, S 45–58
- Finzen A (2001) Die Anmaßung einer neuen Euthanasie. In: Schwank A, Spöndlin R (Hrsg) Vom Recht zu sterben zur Pflicht zu sterben? Beiträge zur Euthanasiedebatte in der Schweiz, edition 8, Zürich, S 79–90
- Dworkin R (1984) Die Grenzen des Lebens. Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Guckes B (1997) Das Argument der schiefen Ebene: Schwangerschaftsabbruch, die Tötung Neugeborener und Sterbehilfe in der medizinethischen Diskussion. Gustav Fischer, Stuttgart, Jena, Lübeck
- Held T (2003) Suizid als Krankheit. In: Bruder Müller G, Marx W u. a. (Hrsg) Suizid und Sterbehilfe, Königshausen und Neumann, Würzburg, S 165–172
- Mürner C, Sierck U (2001) Der gute Tod? „Euthanasie“-Mentalität In: Schwank A, Spöndlin R (Hrsg) Vom Recht zu sterben zur Pflicht zu sterben? Beiträge zur Euthanasiedebatte in der Schweiz, edition 8, Zürich, S 91–97
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE (2005) Beihilfe zum Suizid, Stellungnahme Nr. 9, Bern
- Nietzsche F (1988) Jenseits von Gut und Böse. In: Kritische Studienausgabe, hrsg. von Colli G und Montinari M, dtv, München
- Petermann F (2004) Der Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention. *Aktuelle Juristische Praxis* 9:1111–1138
- Reiter-Theil S (2004) Ethische Probleme der Beihilfe zum Suizid, Ruhr-Universität, Bochum
- Sass H (1999) Einführung. In: Sass H (Hrsg) Medizin und Ethik. Reclam, Stuttgart, S 5–16
- Scheidegger D (2000) Intensivmedizin und Sterbehilfe. In: Holderegger A (Hrsg) Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, 2. erw. Auflage, Universitäts-Verlag, Freiburg i. Ue., S 258–266
- Schöch H, Verrel T (2005) Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB). *Goldammer's Archiv für Strafrecht* 10: 553–586
- Schöne-Seifert B (2000) Ist Assistenz zum Sterben unärztlich?. In: Holderegger A (Hrsg) Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, 2. erw. Auflage, Universitäts-Verlag, Freiburg i. Ue., S 98–120
- Schwank A (2001) Memento mori – Nur wer in Würde lebt, kann auch in Würde sterben. In: Schwank A, Spöndlin R (Hrsg) Vom Recht zu sterben zur Pflicht zu sterben? Beiträge zur Euthanasiedebatte in der Schweiz, edition 8, Zürich, S 7–18

23. Schweizerische Akademie der Wissenschaften (2004) Medizinisch-ethische Richtlinien. Betreuung von PatientInnen und Patienten am Lebensende
24. Walton D (1992) Slippery Slope Arguments. Clarendon Press, Oxford
25. Werth JL (1996) Rational Suicide? Implications for Mental Health Professionals. Taylor and Francis, Washington
26. Wils JP (1999) Sterben. Zur Ethik der Euthanasie. Mentis, Paderborn
27. Wolf JC (1991) Euthanasie auf abschüssiger Bahn. Zeitschrift für Pädagogik 37:267–283
28. Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (1995) Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten
29. Zimmermann-Acklin M (2002) Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung. 2. erw. und überarb. Auflage, Universitäts-Verlag, Freiburg i. Ue.